Grosses multiples
TDD Grossesse Gemellaire

Dr N-Kherbouche

EPH Belfort

Introduction

A-Définition:

*c'est le développement simultané de plusieurs fœtus dans la cavité utérine

À titre descriptif : la Gsse gemellaire qui est le développement de 02 foetus dans la cavité utérine

C'est lea plus fréquente et la plus eutocique des Gsses multiples

B-INTERET :

*Fréquence :1,16%

*C'est une double GHR car présente de nombreux complications aussi bien pendant la Gsse que durant l'accouchement

Pathogénie

On distingue 02 groupes

A/GG biovulaire :

* 70%(dizygote) ou 02 ovules sot fécondés par 02 SPZ distincts d'où constitution de 2 embryons differents

(2 circulation placentaire differentes : pas d'anastomoses vasculaires)

B/GG uniovulaire :

*30% monozygote ou un seul ovule est fécondé par un spz , le

division de l'œuf est posterieur à la fécondation se fait de façon

plus ou moins précoce donnant naissance à 2 etres identiques de même sexe

*En fonction du stade de clivage on distingur differents types de GG

Types de Grossesses gémellaires



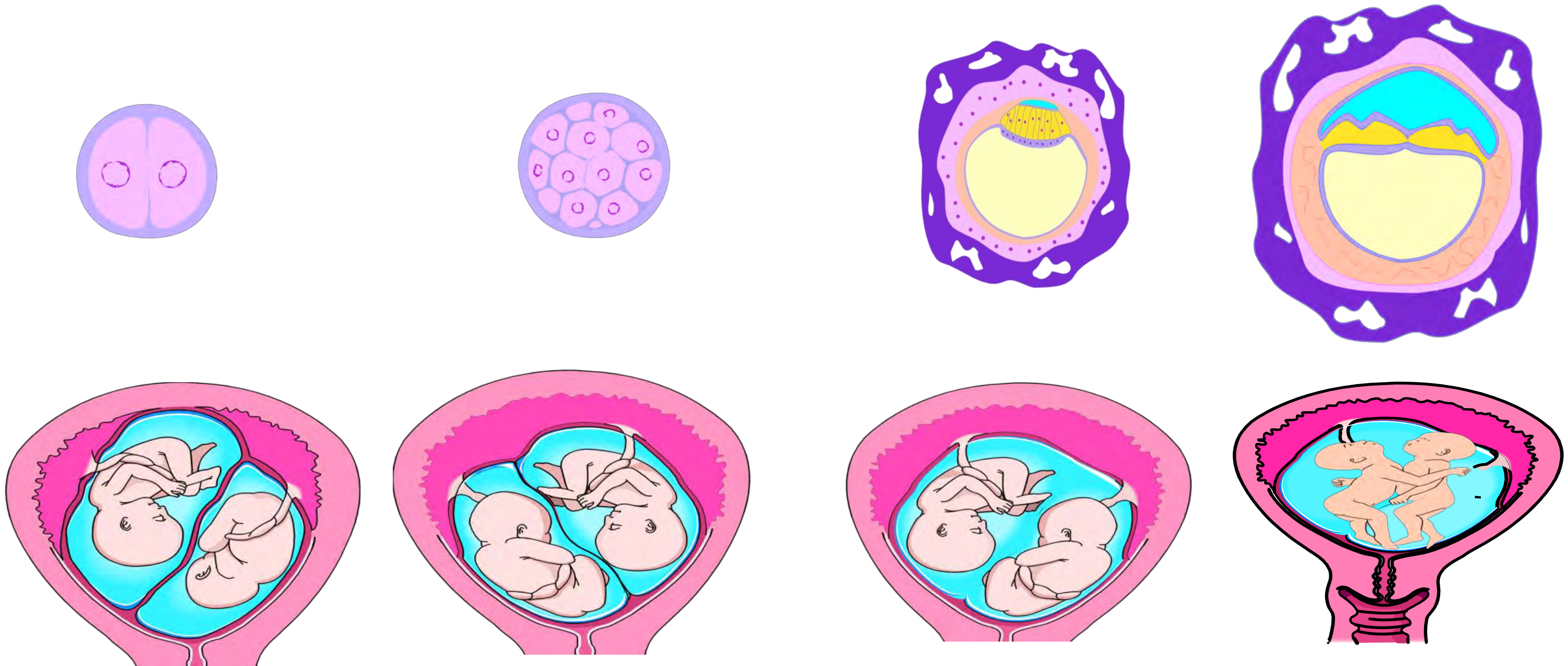
30 %

70 %

Placentation

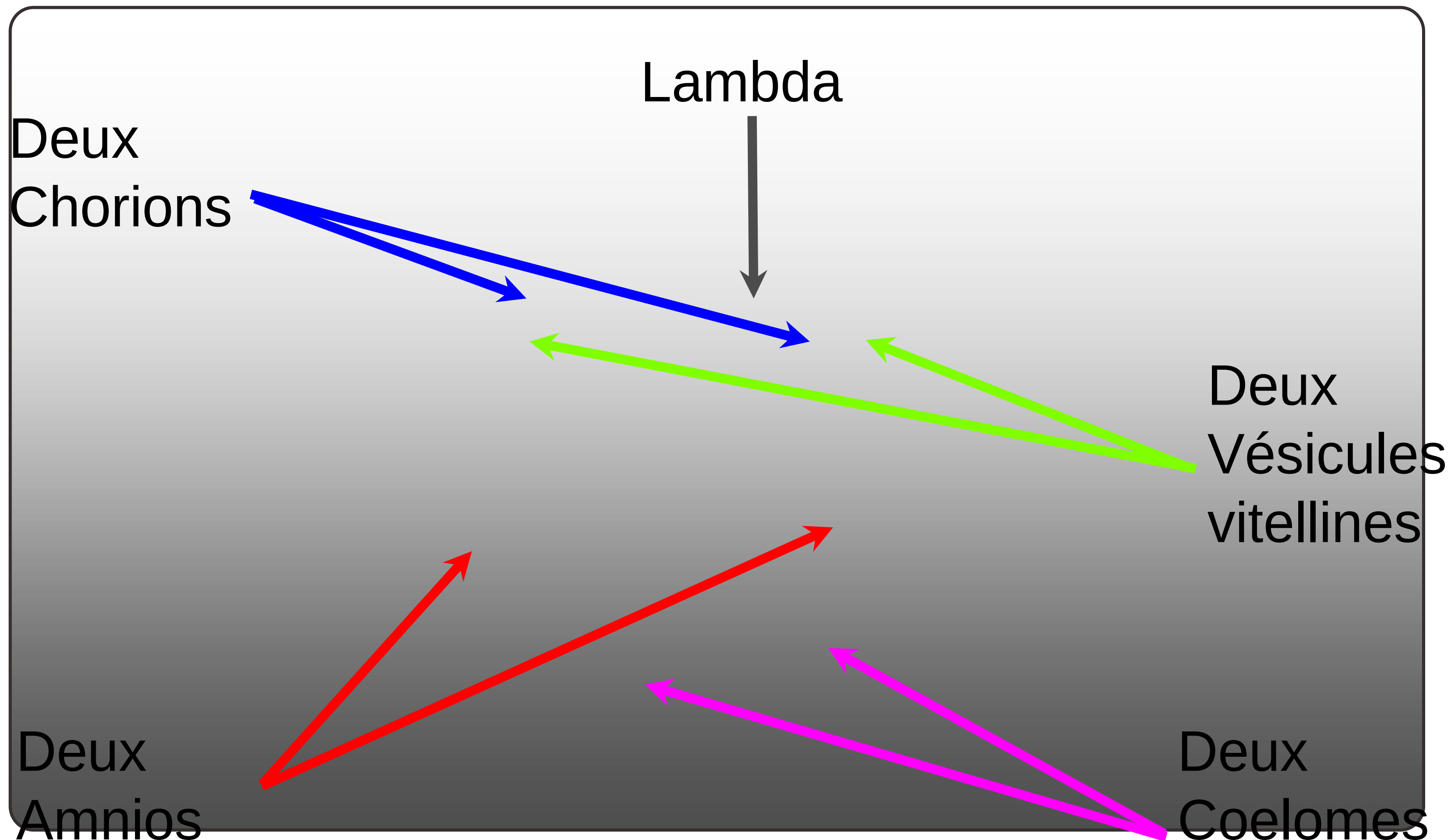
EMC

Placentation des grossesses monozygotes



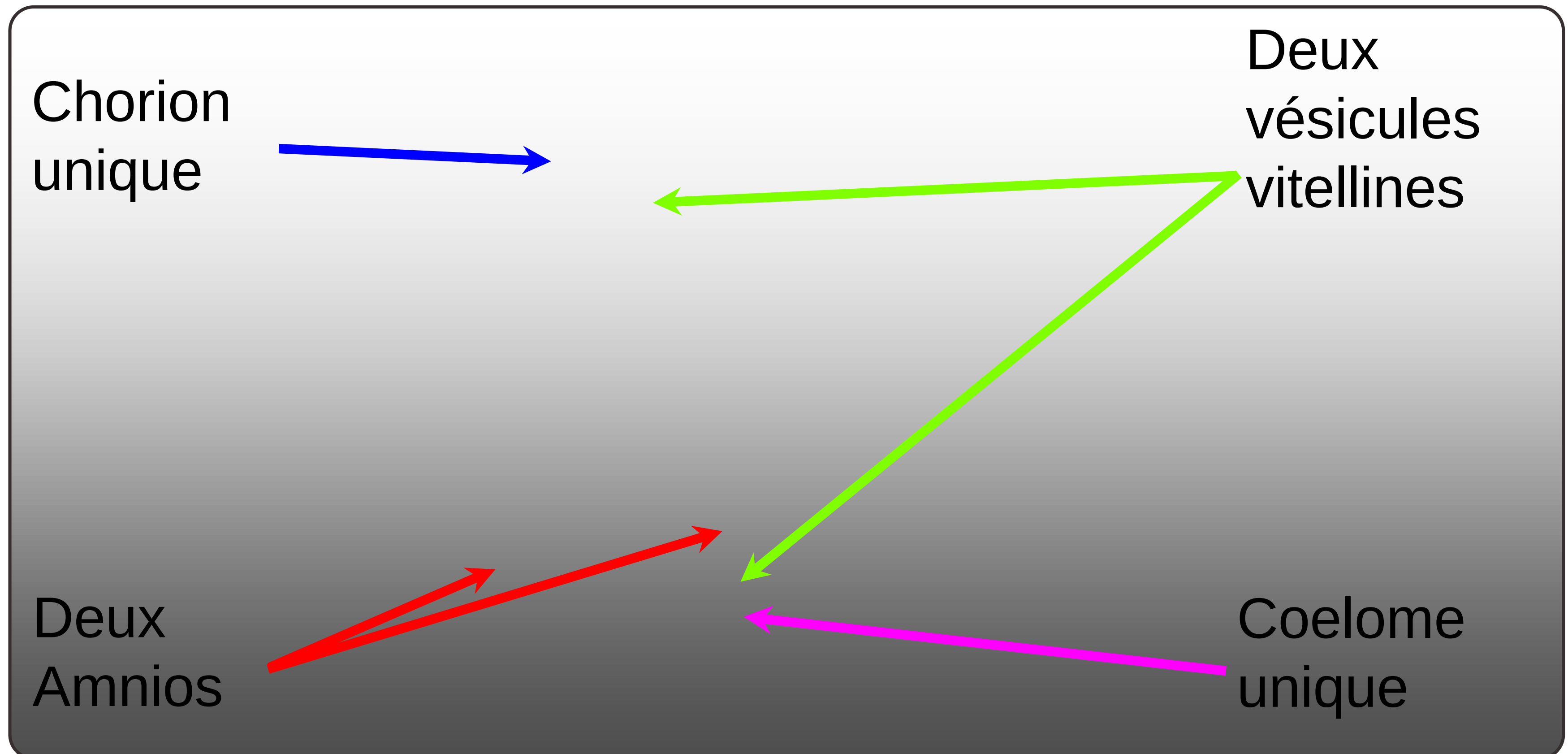
MASTER 1
2011-2012

Bi-choriale Bi-amniotique



MASTER 1
2011-2012

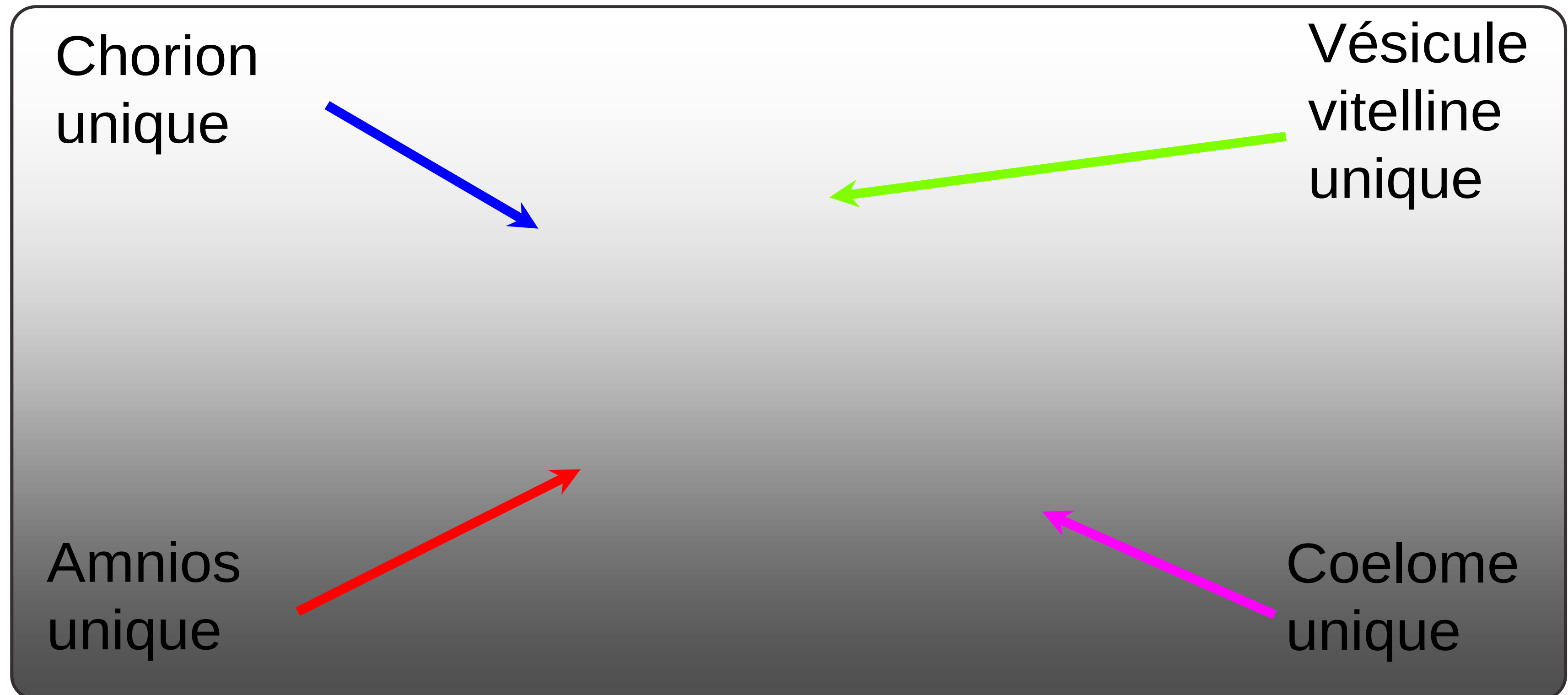
Mono-choriale Bi-amniotique



MASTER 1
2011-2012

En résumé

Mono-choriale Mono-amniotique



Les Etiologies

GG dizygote :

Le mécanisme est la ponte multiovulaire du à un dereglement hormonal avec exces de la FSH qui est influencé par:

-Facteurs génétiques : Hérédité

-Facteurs ethniques :Nigeria

-Augmentation avec l'age

-AMP

GG Monozygote: clivage

-Hérédité

-Autres théories

La clinique

A/Interrogatoire :

-L'origine ethnique

-Notion de gemellité coté maternel

-Notion de stérilité et IO

-Signes sympathiques exagérées

-MAF exagérées

B/Examen Clinique :

1-Inspection

-Laxe de l'uterus

-Gros uterus

-Aspect de la peau

2-Palpation :

-Les 04 poles fœtaux palpés exceptionnelemnt

-tres souvent 3 poles fœtaux

-ou 2 poles fœtaux du même nom

-ou 2 poles fœtaux differents tres proche

Examen souvent géné par unhydramnios surajouté

3- Auscultation :

02 foyers de BCF distincts

4-TV:

Col dehiscent , ampliation precoce du SI

Examens complémentaires

A- BHCG :

*excessive diagnostic differentiel avec mole hydatiforme

B-Echographie :

*Diagnostic + dés la 5ème semaine : 2SGIU

*Plus tard 2 embryons et 2 AC

*Faire le diagnostic de chorionicité

*Recherche de malformation

*Cinétique de croissance + Doppler foetal

C-Radio du contenu utérin:(T3 ou travail)

Montreles 02 squelettes fœtaux

Diagnostic differentiel

T1:

*Grossesse molaire

*Grossesse et association

T2,T3

*Hydramion

*Macrosomie fœtale

Evolution /Complications

Evolution pas toujours favorable
*ABRT précoce ou tardif
*MAP voir APS
*D’autres cpc maternelles
-syndrome vasculo rénal
-Infection
-Anémie
-Insuffisance veineuse
-Mortalité maternelle
*Cpc fœtale
-Mort d’un des 2 jumaeux
-Prématurité
-RCIU
-PP
-Iso immunisation
-Malformations Fœtales , Jumeaux conjoints
-Mortalité périnatale

Accouchement

*La voie ou haute dependera des conditions obstétricales , etat du fœtus , amniocité

*L acesarienne d'emblée à ses indications

A/Césarienne

*Macrosomie

*Presentation transverse ou siege J1

*Placenta Praevia

*SFC+SFA

*Dystocie dynamique irredctible

B/Accouchement par voie basse :4 etapes

1-Accouchement du J1 se caractérise par:

*Dystocie dynamique frequente : anomalie de CU, anomalie de dilatation (surdistension utérine)

*Mauvaise accommodation F-P:fœtus petit

*Risque de RPM (procidence du cordon)

*Degagement en OS : le voisinage du fœtus empèche la rotation du fœtus en avant

2-Remission clinique : duréé environ 30 mn disparition des CU

*Verifier la presentation , possibilité de faire des manœuvres obstétricales

*Verifier le bien etre : risque de SFA s'il existe une circulation vasculaire commune

3- accouchement du J2:

*en dehors des presentations irregulières : épaule

*rupture de la PDE puis accouchement plus aisé

4- La délivrance :

*Elle est commune se fait en un seul tps , placenta enorme debordant sur SI avec risque hemorragie de al delivrance

*Risque d'inertie par surdistension , retention placentaire par anomalie de la CU

Examen du délivre ++++++++

Cas particuliers

Apanage des GG monoamniotique

*Accrochage des mentons:

Se voit lors de l'accouchement de la tète dernière du J1

Le J2 etant en tète avec risque

-Mort des 2 fœtus

-La RU

*Enroulement des cordons :

Risque de SF et mort des 2 jumeaux

*Frères Siamois :

risque de RU (voie basse)